

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Seksio Sesarea

1. Definisi

Seksio sesarea merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu dengan membuat sayatan pada dinding abdomen (laparotomi) untuk mengeluarkan satu atau lebih bayi. Prosedur ini dilakukan untuk mencegah risiko kematian ibu dan janin akibat komplikasi yang mungkin terjadi jika persalinan dilakukan secara pervagina, Cindy natasya & Purwaningsih (2022).

Operasi seksio sesarea mengubah kontinuitas jaringan tubuh karena insisi yang mengeluarkan reseptor nyeri. Ini akan menyebabkan pasien merasakan nyeri, terutama setelah anestesi habis. Rasa sakit dapat menyebabkan stres, yang menyebabkan reaksi biologis dan perilaku fisik. Ibu yang baru melahirkan dengan seksio sesarea dapat melakukan beberapa hal untuk mengurangi nyeri mereka, selain menggunakan relaksasi, Sartika & Widiyanti (2025).

Waktu pemulihan persalinan sesarea rata-rata klien pasca operasi adalah sekitar 45 menit. Umumnya, klien akan mengeluhkan nyeri hebat dalam dua jam pertama setelah operasi, karena efek obat anestesi mulai menghilang. Sayatan pada dinding perut dan rahim yang dilakukan untuk mengeluarkan bayi dan plasenta menimbulkan nyeri superfisial akibat terputusnya serabut saraf serta tekanan dari jahitan dalam, Cindy natasya & Purwaningsih (2022).

2. Etiologi

Menurut Haramain & Abidin (2024), penyebab dilakukannya seksio sesarea adalah:

a. Usia ibu

Usia pada saat kehamilan adalah salah satu yang menentukan tingkat risiko kehamilan dan persalinan. Usia reproduksi sehat yang aman untuk seorang wanita hamil pada usia 20-35 tahun. Wanita yang hamil pada usia muda < 20 tahun dari segi biologis perkembangan alat reproduksi belum sempurna sepenuhnya.

b. Riwayat seksio sesarea

Riwayat seksio sesarea yang sebelumnya berkemungkinan memiliki parut uterus atau rahim yang dapat mengakibatkan rupture uterus saat usia kehamilan semakin tua dan janin semakin besar.

c. Partus tak maju

Partus yang tidak maju atau gagal maju merupakan berhentinya pembukaan dan penurunan sekunder. Hal tersebut bisa mengakibatkan kelelahan pada ibu, dehidrasi bahkan dapat mengakibatkan syok, untuk itu pilihan ibu yang mengalami partus tidak maju adalah dilakukan seksio sesarea.

d. Induksi gagal

Ibu yang melahirkan dengan induksi gagal tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Induksi gagal sebagai kegagalan timbulnya persalinan dalam satu siklus terapi, solusi pada kasus ini dapat dilakukan tindakan seksio sesarea.

e. Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini merupakan suatu kejadian dimana ketuban sudah keluar sebelum waktunya, yang disebabkan karena kurangnya kekuatan membran atau

meningkatnya tekanan dalam rahim yang disebabkan oleh infeksi yang berasal dari vagina ataupun serviks. Ketika air ketuban habis maka pada keadaan tersebut janin harus segera dilahirkan karena khawatir mengalami fetal distress yang dapat mengancam janin.

f. Penyakit penyerta

Penyakit penyerta seperti diabetes melitus (DM) akan berisiko dilakukan tindakan seksio sesarea karena indikasi mutlak janin seperti akromegali sedangkan penyakit hipertensi akan berisiko terjadinya preeklampsia yang merupakan indikasi dilakukannya tindakan seksio sesarea. Ibu dengan HBSAG + akan berpotensi dilakukan seksio sesarea untuk menghindarkan penularan kepada bayi.

g. Gawat janin

Normal denyut jantung janin sekitar 120-160x/menit. Gawat janin jika DJJ diatas 160x/menit atau dibawah 120x/menit, denyut jantung tidak teratur.

3. Patofisiologi

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan seksio sesarea dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri. Setelah persalinan seksio sesarea, ibu akan mengalami

hambatan dalam bergerak yang disebabkan oleh tindakan pembedahan seksio sesarea yang mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu lebih memilih untuk tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah, yang membuat ibu tidak bisa melakukan *Activity Daily Leaving* secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan Personal Hygiene seperti mandi Haramain & Abidin (2024).

4. Tanda dan gejala

Menurut Haramain & Abidin (2024), manifestasi klinis pada post seksio sesarea, adalah:

- a. Kehilangan darah selama proses pembedahan 600-800 ml
- b. Nyeri luka insisi pada abdomen pasca pembedahan
- c. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
- d. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- e. Bising usus tidak terdengar atau samar
- f. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan dan berlebihan
- g. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat

5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan seksio sesarea menurut Haramain & Abidin (2024), adalah :

- a. Hitung darah lengkap
- b. Golongan darah (ABO), pencocokan silang, tes Coombs Nb.
- c. Urinalisis: menentukan kadar albumin/glukosa
- d. Pelvimetri: menentukan CPD
- e. Kultur: mengidentifikasi adanya virus heres simpleks tipe II.

- f. Ultrasonografi: melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
- g. Amniosintesis: mengkaji maturitas paru janin

6. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan menurut Haramain & Abidin (2024), penatalaksanaan pasien post seksio sesarea, adalah :

- 1) Medis
 - 2) Cairan IV sesuai indikasi.
 - 3) Anestesi regional atau general
 - 4) Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan seksio sesarea
 - 5) Tes laboratorium sesuai indikasi
 - 6) Pemberian oksitosin sesuai indikasi
 - 7) Tanda vital per protokol ruang pemulihan
 - 8) Persiapan kulit pembedahan abdomen
 - 9) Persetujuan ditandatangani
 - 10) Pemasangan kateter fole
- h. Penatalaksanaan keperawatan**
- 11) Perawatan awal
 - a). Periksa kondisi pasien secara menyeluruh. cek tanda-tanda vital setiap 15 menit selama satu jam pertama, kemudian setiap 30 menit pada jam berikutnya.
 - b). Lakukan pemeriksaan tingkat kesadaran setiap 15 menit sampai pasien sadar penuh.
 - c). Pastikan jalan napas bersih dan ventilasi adekuat.

- d). Berikan transfusi darah jika diperlukan
- e). Jika tanda vital dan kadar hematokrit menurun meskipun sudah diberikan transfusi, segera kembalikan pasien ke kamar bedah karena ada kemungkinan terjadi perdarahan pasca operasi.

12) Diet

- a). Pemberian cairan infus dihentikan setelah pasien mengalami flatus.
- b). Setelah itu, pemberian makanan per oral dapat dimulai.
- c). Minuman seperti air putih atau teh manis dapat diberikan dalam jumlah sedikit sekitar 6–10 jam pasca-operasi.

13) Mobilisasi

- a). Posisi miring ke kanan dan kiri dapat dimulai setelah 6–10 jam pasca operasi.
- b). Latihan pernapasan dapat dilakukan segera setelah sadar, dalam posisi tidur telentang.
- c). Pada hari kedua pasca operasi, pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernapas dalam, lalu menghembuskannya perlahan.
- d). Posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (*semi fowler*)
- e). Hari-hari berikutnya, pasien dianjurkan untuk mulai belajar duduk, kemudian belajar berjalan dengan bantuan, dan mandiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi

14) Fungsi gastrointestinal

- a). Jika tindakan pembedahan tidak berat, pasien dapat diberikan diet cair
- b). Jika terdapat tanda infeksi, pemberian makanan ditunda sampai terdengar bising usus.

- c). Jika pasien sudah bisa flatus, pemberian makanan padat dapat dimulai
- d). Infus dilanjutkan sampai pasien mampu minum dengan baik.

15) Fungsi kandung kemih

- a). Jika urine jernih, kateter urin dapat dilepas 8 jam setelah pembedahan atau setelah semalam
- b). Jika urine masih keruh, kateter dibiarkan terpasang hingga urine menjadi jernih
- c). Jika terdapat luka pada kandung kemih, kateter dibiarkan terpasang minimal selama 7 hari atau hingga urine jernih
- d). Jika pasien tidak lagi menerima antibiotik sistemik, dapat diberikan nitrofurantoin 100 mg per oral setiap hari hingga kateter dilepas.
- e). Kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan rasa nyeri, ketidaknyamanan, menghambat involusi uterus, dan menimbulkan perdarahan.
- f). Kateter biasanya terpasang selama 24–48 jam, atau lebih lama tergantung jenis operasi dan kondisi pasien.

16) Perawatan luka

- a). Jika pada balutan luka terdapat perdarahan atau cairan yang tidak terlalu banyak, tidak perlu langsung mengganti balutan.
- b). Jika balutan tampak kendur, cukup diberi plester untuk mengencangkannya tanpa mengganti balutan.
- c). Penggantian balutan dilakukan secara steril.
- d). Luka harus dijaga agar tetap kering dan bersih
- e). Jahitan fascia merupakan hal utama dalam pembedahan abdomen.
- f). Jahitan kulit umumnya dilepas pada hari ke-5 pasca operasi seksio sesarea

B. Konsep Dasar Nyeri Akut Post SC

1. Definisi

Nyeri pada post seksio sesarea adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Beberapa penyebab nyeri yaitu agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan),agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Adapun tanda dan gejalanya yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat dan pola napas berubah, SDKI (2016).

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, berhubungan dengan kerusakan jaringan maupun potensial. Sekitar 18,3% ibu yang menjalani seksio sesarea mengalami nyeri kronis pada tiga bulan pasca operasi, dan 6,8% masih mengalami nyeri pada 24-48 jam pertama, dengan skala nyeri antara 2-7. Luka akibat dari pembedahan juga dapat membuat ibu merasa nyeri. Rasa nyeri tersebut diakibatkan oleh putusannya serabut saraf dan juga akibat dari tekanan yang ditimbulkan dari jahitan, Sartika & Widiyanti (2025).

Nyeri post seksio sesarea akan pada ibu diantaranya yaitu mobilisasi menjadi lebih terbatas, terganggu atau tidak terpenuhinya bonding *attachment*, *Activity of Daily Living* (ADL) menjadi terhambat/terganggu, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) menjadi tidak terpenuhi dikarenakan saat ibu bergerak terjadi peningkatan nyeri sehingga respon ibu terhadap bayi berkurang, dan pemberian

ASI menjadi tidak maksimal padahal ASI merupakan sumber gizi utama dan sangat bermanfaat bagi bayi, Kamallia Lisa (2019).

Mengetahui hal tersebut, perlunya upaya dalam meringankan bahkan mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, sehingga akan meningkatkan rasa nyaman pada pasien. Terdapat dua cara dalam penatalaksanaan nyeri yaitu secara farmakologis dan nonfarmakologis. Terapi farmakologi sangat baik dan efektif dalam meringankan nyeri. Namun demikian, pemberian terapi farmakologi tidak dimaksudkan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengendalikan rasa nyeri tersebut. Selain itu, bila analgesik dikonsumsi dalam jangka panjang akan berefek pada ginjal. Sedangkan, untuk mempersingkat episode nyeri dapat menggunakan terapi non farmakologi. Maka dari itu, untuk mengurangi rasa nyeri serta masa pemulihan menjadi tidak memanjang, perlu adanya penggabungan antara terapi farmakologi dengan terapi non farmakologi, Kamallia Lisa (2019).

2. Klasifikasi nyeri akut

Secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua menurut Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta (2024), yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

a. Nyeri akut

Nyeri akut biasanya datang tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri merupakan respon biologis terhadap suatu cedera jaringan dan menjadi suatu tanda bila ada kerusakan jaringan, seperti nyeri pasca operasi. Jika nyeri terjadi bukan karena penyakit sistematis, nyeri akut biasanya sembuh setelah kerusakan jaringan diperbaiki nyeri akut umumnya terjadi kurang dari enam bulan atau kurang dari satu bulan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronik yaitu nyeri yang menetap sepanjang suatu periode waktu, konstan atau intermiten. Nyeri akut berlangsung diluar penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik yang menyebabkan nyeri terus menerus atau nyeri berulang dalam beberapa bulan atau tahun. Beberapa peneliti menggunakan durasi dari 6 bulan untuk menunjukan nyeri sebagai kronis.

c. Nyeri nosiseptif

Ketidaknyamanan akibat rangsangan pada kulit, jaringan subkutan dan selaput lendir. Keluhan yang ditimbulkan seperti rasa panas, tajam dan dapat terlokalisir contoh: pasien pasca operasi dan pasien luka bakar.

d. Nyeri neurogenik

Nyeri karena disfungsi primer sistem saraf tepi, seperti kerusakan saraf tepi. Umumnya, penderita merasa disengat dengan sensasi rasa panas dan sentuhan yang tidak menyenangkan. Contohnya pada penderita *herpes zoster*.

e. Nyeri psikogenik

Nyeri yang terkait dengan gangguan kejiwaan manusia, dapat dilihat pada kasus depresi atau ansietas.

3. Fisiologi terjadinya nyeri akut

Nyeri pasca operasi SC umumnya bersifat nosiseptif akibat kerusakan jaringan, tetapi dapat berkembang menjadi nyeri neuropatik jika terjadi cedera saraf, regangan, atau kompresi. Nyeri ini menjadi perhatian utama bagi pasien, terlepas dari usia, ras, pendidikan, atau riwayat obstetri. Sebagai pengalaman subjektif yang kompleks, nyeri pasca SC dapat dijelaskan berdasarkan kualitas, lokasi, intensitas, serta dampak emosional, dan dinilai melalui deskripsi verbal atau skala numerik. Rangsangan nosiseptif mekanis atau termal selama operasi dapat merusak jaringan dan memicu pelepasan zat algogenik di

ujung saraf. Sensitisasi saraf menyebabkan depolarisasi membran, sehingga sinyal nyeri diteruskan ke pusat pemrosesan nyeri di otak. Proses peradangan yang terjadi selanjutnya memperkuat respons nyeri, menyebabkan hiperalgesia primer di area cedera dan hiperalgesia sekunder di sekitarnya.

Nyeri pasca operasi persisten dipengaruhi oleh berbagai faktor yang terbagi dalam tiga tahap utama: fase preoperatif, intraoperatif dan penyembuhan, serta fase pasca operasi tertunda. Pada fase preoperatif, kondisi seperti kecemasan, depresi, gangguan modulasi nyeri, trauma hidup, gangguan tidur, dan stres dapat meningkatkan risiko nyeri berkepanjangan. Selama fase intraoperatif dan penyembuhan, faktor seperti cedera saraf, iskemia jaringan, teknik bedah dan anestesi, serta proses peradangan turut berkontribusi dalam memperparah nyeri. Sementara pada fase pasca operasi tertunda, hiperalgesia, terapi kemoradiasi, prosedur bedah berulang, dan faktor psikososial dapat memperpanjang atau memperburuk nyeri. Kompleksitas interaksi antara faktor pasien, lingkungan, prosedur pembedahan, serta perawatan pasca operasi menunjukkan perlunya pendekatan multimodal dalam mencegah dan mengelola nyeri setelah operasi.

Nyeri akut pasca operasi caesar dapat memperlambat pemulihan pasien dan memperpanjang masa perawatan di rumah sakit. Selain itu, nyeri akut yang tidak terkelola dengan baik meningkatkan risiko berkembangnya nyeri kronis, yang berhubungan dengan tingginya kejadian depresi postpartum. Nyeri setelah operasi caesar juga mempengaruhi kualitas interaksi antara ibu dan bayi, sehingga dapat menimbulkan dampak psikologis dan sosial ekonomi yang luas. Nyeri kronis pasca operasi caesar didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari tiga bulan setelah persalinan dan tidak berkaitan dengan nyeri haid. Kondisi ini sering disebabkan oleh trauma bedah yang merusak saraf ilioinguinal, iliohypogastric, atau genitofemoral, yang dapat menimbulkan parestesia dan dysaesthesia. Sekitar 6–18% pasien mengalami nyeri kronis pasca SC, dengan 11% masih merasakan nyeri

setelah satu tahun. Nyeri ini terkait dengan rendahnya tingkat menyusui dan meningkatnya risiko depresi pascapersalinan. Proses kronifikasi nyeri melibatkan sensitisasi perifer dan sentral, inflamasi, serta gangguan sistem saraf, yang menyebabkan gejala seperti hiperalgesia, allodynia, dan dysaesthesia.

4. Penyebab nyeri akut

Penyebab nyeri akut menurut SDKI (2016), adalah sebagai berikut :

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimia (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma dan latihan fisik berlebihan)

5. Tanda dan gejala nyeri akut

Menurut Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta (2024), ada beberapa tanda dan gejala nyeri :

- a. Suara meringis, merintih, menarik atau menghembuskan nafas.
- b. Ekspresi wajah meringis
- c. Menggigit bibir, menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat atau membuka mata atau mulut
- d. Pergerakan tubuh tampak gelisah, mondar-mandir, gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, immobilisasi, otot tegang
- e. Interaksi sosial menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus pada aktivitas untuk mengurangi nyeri dan disorientasi waktu.

Menurut SDKI (2016), tanda dan gejala yang muncul pada nyeri post seksio sesarea adalah :

1. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- a. Mengeluh nyeri

Objektif :

- a. Tampak meringis
 - b. Bersikap protektif
 - c. Gelisah
 - d. Frekuensi nadi meningkat
 - e. Sulit tidur
2. Gejala dan tanda minor

Objektif :

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola napas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berpikir terganggu
- e. Menarik diri
- f. Berfokus pada diri sendiri
- g. Diaforesis

6. Pengkajian nyeri akut

Menurut Rifka Alkhilyatul Ma'rifat & I Made Suraharta (2024), beberapa hal yang dikaji untuk menggambarkan nyeri seseorang antara lain:

- a. P : *Provokasi* (penyebab terjadinya nyeri)

Tenaga kesehatan harus mengkaji faktor penyebab terjadinya nyeri pada klien, bagian tubuh mana yang terasa nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis. Karena terkadang nyeri itu bisa muncul tidak karena luka tetapi karena faktor psikologisnya.

b. Q : *Quality*

Kualitas nyeri yaitu ungkapan subyektif yang diungkapkan oleh klien dan mendeskripsikan nyeri dengan kalimat seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri atau superfisial atau bahkan digencet.

c. R : *region*

Untuk mengkaji lokasi nyerinya, tenaga kesehatan meminta klien untuk menyebutkan bagian mana saja yang dirasakan tidak nyaman. Untuk mengetahui lokasi yang spesifik tenaga kesehatan meminta klien untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.

d. S : *Severe*

Untuk mengetahui dimana tingkat keparahan nyeri, hal ini yang paling subyektif dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri ini bisa digambarkan melalui skala nyeri.

e. T : *Time*

Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi, dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri itu muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

7. Pengukuran skala nyeri akut

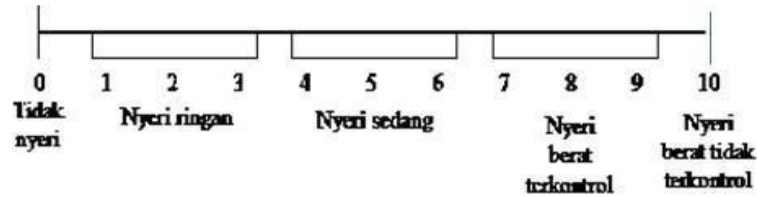
Rasa nyeri sangat subyektif dimana banyak faktor yang mempengaruhi persepsi yang berbeda-beda, sehingga pengkajian bisa berbeda-beda pula tergantung siapa yang akan kita kaji, berapa umur, dan dalam kondisi yang berbeda Findlay dkk (2019), ada beberapa pengkajian nyeri antara lain:

- *Numeric Rating Scale (NRS)*

Merupakan alat ukur tingkat nyeri dimana cara penilaian dengan meminta pasien untuk menilai rasa nyeri yang dirasakan sesuai dengan derajat/tingkatan rasa nyerinya. Pada metode ini intensitas nyeri akan ditanyakan kepada pasien, kemudian pasien diminta untuk

menunjuk angka sesuai dengan derajat/tingkat nyeri yang dirasakan. Tingkat nyeri diukur atas dasar :

- a. 0 : tidak nyeri
- b. 1-3 : nyeri ringan
- c. 4-6 : nyeri sedang
- d. 7-10 : nyeri hebat



Gambar 1. *Numeric Rating Scale*
Sumber: Findlay dkk (2019)

8. Manajemen nyeri akut

a. Manajemen Farmakologi

Obat adalah bentuk pengendalian nyeri yang sering digunakan. Kelompok obat untuk mengatasi nyeri Samalinggai Patricia (2025), adalah :

- 1) Analgesik nonpioid : obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) contohnya asam asetilisilat dan aspirin.
- 2) Analgesik oploid : contohnya morfin dan meperidine
- 3) Adjudvan dan koanalgesik : contohnya amitripilin

b. Manajemen non-farmakologi

Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis antara lain menggunakan beberapa teknik Samalinggai Patricia (2025), adalah sebagai berikut :

- (a) Sentuhan afektif
- (b) Sentuhan terapeutik
- (c) Akupresur
- (d) Relaksasi
- (e) Terapi music
- (f) Teknik imajinasi Hipnosis
- (g) Kompres dingin atau kompres hangat
- (h) Stimulasi/*message* kutaneus
- (i) *TENS (Transcutanerous Erlerctrircal Nerver stirmulatiron)*
- (j) Terapi benson

C. Konsep asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien post seksio sesarea

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan. Proses kolaboratif yang melibatkan perawat, ibu dan kelompok medis lainnya. Penilaian dilakukan dengan metode wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam penelitian ini diperlukan kecermatan dan ketelitian agar pendataan lebih akurat, sehingga pengelompokan dapat dilakukan sebelum data lengkap tersedia. Pengkajian yang dilakukan penting untuk menentukan status ibu dan janin. Berikut pengkajian pada asuhan persalinan terdiri dari:

a. Identitas Pasien dan penanggungjawab

Meliputi nama, umur, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, no. rm, tanggal masuk, tanggal pengkajian.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa dirasakan klien post seksio sesarea adalah nyeri seperti di tusuk – tusuk, panas, perih, mules, dan sakit pada jahitan perineum.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Alasan dilakukan operasi seksio sesarea (indikasi medis), proses operasi, kronologi hingga masuk ruang nifas.

2) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit yang pernah diderita atau dialami oleh pasien seperti riwayat hipertensi, diabetes, asma, atau operasi abdomen sebelumnya.

3) Riwayat obstetri (G-P-A)

Riwayat *obstetric* berisi tentang riwayat kehamilan, riwayat persalinan, maupun riwayat *abortus* yang dinyatakan dengan kode GAPAH (*gravidarum, aterm,*

premature, abortus, hidup), berapa kali ibu mengalami kehamilan, siapa penolong saat persalinan, cara tindakan persalinan yang dilakukan, penyembuhan luka persalinan, kelainan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak. Riwayat menarche, siklus haid, dan ada atau tidaknya nyeri haid serta gangguan haid lainnya.

4) Riwayat kontrasepsi

Yang perlu dikaji pada riwayat kontrasepsi adalah ibu pernah ikut program kontrasepsi atau tidak, jenis kontrasepsi yang digunakan sebelumnya dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

d. Pola fungsional kesehatan

1) Pola persepsi & manajemen kesehatan

Sebelum sakit: persepsi ibu tentang kehamilannya dan kesiapan menghadapi persalinan.

Saat sakit : pemahaman ibu tentang perawatan pasca-operasi, tanda bahaya nifas, dan pentingnya mobilisasi serta kepatuhan minum obat.

2) Pola nutrisi & metabolik

Sebelum sakit: Pola makan harian.

Saat sakit: Status puasa pasca-anestesi, bising usus (sudah flatus/belum), keluhan mual/muntah akibat efek anestesi, porsi makan yang dihabiskan, dan kecukupan asupan cairan untuk produksi ASI.

3) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Pola BAB dan BAK normal.

Saat sakit: *Bladder*: Penggunaan kateter urine, jumlah produksi urine, warna, dan keluhan saat berkemih setelah kateter dilepas. *Bowel*: Waktu flatus pertama, kesulitan BAB (konstipasi karena takut mengejan akibat luka operasi).

4) Pola aktivitas & latihan

Sebelum sakit: Mandiri melakukan aktivitas sehari-hari.

Saat sakit: Kemampuan mobilisasi dini (miring kanan-kiri, duduk, berdiri), tingkat ketergantungan (skala aktivitas), dan hambatan akibat nyeri luka operasi.

5) Pola Istirahat & Tidur

Sebelum sakit: Jam tidur normal tanpa gangguan.

Saat sakit: Gangguan tidur akibat nyeri luka insisi, kondisi lingkungan ruang nifas, atau terbangun karena harus menyusui/menjaga bayi.

6) Pola Kognitif & Perseptual

Sebelum sakit : Secara teori, fungsi kognitif pasien berada dalam kondisi adekuat yang ditandai dengan kesadaran penuh (*compos mentis*), kemampuan orientasi (waktu, tempat, orang) yang tepat, daya ingat baik, serta proses komunikasi yang lancar. Pada fungsi perseptual, seluruh panca indra berfungsi optimal tanpa alat bantu, dan pasien berada dalam status kenyamanan fisik yang bebas dari stimulasi nyeri (*free from pain*).

Saat sakit : fungsi kognitif pasien umumnya *compos mentis* setelah masa pemulihan anestesi, namun kapasitas konsentrasi dan fokus perhatian sering kali mengalami penurunan akibat pengalihan perhatian terhadap stimulus internal. Pada fungsi perseptual, terjadi perubahan kenyamanan yang ekstrem berupa manifestasi Nyeri Akut akibat trauma mekanis bedah laparotomi abdomen. Kerusakan jaringan ini menstimulasi nosiseptor yang dianalisis secara teoretis melalui metode PQRST.

7) Pola Persepsi Diri & Konsep Diri

Sebelum sakit :Pasien menerima kondisi fisiknya, merasa senang menyambut kelahiran bayinya, dan tidak mengalami gangguan kecemasan terkait identitas atau peran dirinya.

Saat sakit : Pasien merasa cemas dan sedikit kurang percaya diri karena adanya luka

operasi di perut, serta merasa sedih karena keterbatasan pergerakan akibat nyeri membuatnya belum bisa mengurus bayinya secara optimal.

8) Pola Peran & Hubungan

Saat sakit : Pasien mengatakan hubungan dengan suami dan keluarga sangat baik, serta mampu menjalankan aktivitas rumah tangga sehari-hari tanpa bantuan

Saat sakit: Pasien telah resmi menjadi ibu, namun mengeluh belum bisa merawat bayinya sendiri karena nyeri saat bergerak. Pasien membutuhkan bantuan penuh dari suami dan keluarga untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan bayi.

9) Pola Seksualitas & Reproduksi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pada organ reproduksi, siklus haid teratur, dan hubungan dengan suami terjalin harmonis selama kehamilan.

Saat sakit : Hubungan seksual dihentikan sementara karena masa nifas. Pasien mengalami pengeluaran darah nifas (*lochia*) berwarna merah segar, tinggi fundus uteri terpantau sesuai hari nifas, dan merasakan mulas akibat kontraksi rahim serta nyeri luka operasi.

10) Pola Koping & Toleransi Stres

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jika merasa cemas atau stres selama hamil, ia selalu bercerita kepada suami dan merasa lebih tenang setelah mendapat dukungan keluarga.

Saat sakit : Pasien merasa cemas dan tegang akibat nyeri pada perutnya. Namun, ia mencoba mengatasinya dengan beristigfar/berdoa, mengatur napas, dan meminta bantuan suami saat merasa tidak nyaman.

11) Pola nilai & keyakinan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan selalu taat beribadah dan berdoa secara rutin di rumah, serta meyakini bahwa Tuhan akan melancarkan proses persalinannya.

Saat sakit : Pasien belum bisa beribadah secara normal karena nyeri pada luka operasi

di perut. Namun, ia tetap terus berdoa/berzikir di tempat tidur dan yakin bahwa ujian nyeri ini akan segera membaik melalui pengobatan dan teknik relaksasi yang diajarkan perawat.

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh mulai dari ujung kepala hingga kaki (*head to toe*).

1) Kepala

Meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi.

2) Mata

Pemeriksaan mata meliputi : kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman pengelihatannya.

3) Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, ada perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan napas.

4) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.

5) Leher

Pada leher dilakukan pemeriksaan mengenai ada atau tidak pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.

6) Dada

Paru

Inspeksi: pernapasan meningkat, regular atau tidaknya tergantung pada riwayat penyakit pasien yang berhubungan dengan paru.

Auskultasi: suara napas normal, tidak ada *wheezing* atau suara napas tambahan lainnya seperti stridor dan *ronchi*.

Perkusi: suara ketok sonor, tidak ada erdup atau suara tambahan lainnya.

Palpasi: pergerakan sama atau simetris, fremitus raba sama.

Jantung

Inspeksi: tidak tampak iktus jantung.

Auskultasi: suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada murmur.

Palpasi: nadi meningkat, iktus tidak teraba.

7) Payudara

Pemeriksaan payudara dilakukan dengan inspeksi adanya warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak. Pada hari ke-3 *postpartum*, payudara tampak membesar karena vaskularisasi dan *engorgement* (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari ke I-III), teraba keras dan nyeri, ada hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papilla mammae. Hal ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila areola mammae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, akan mengalami *engorgement* (bengkak) yang akan berkurang dalam 2-3 hari. Pada ibu yang tidak menyusui, payudara akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi dilakukan untuk menilai apakah terdapat benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan atau tidak.

8) Abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan inspeksi dengan melihat luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan atau tidak, apakah terdapat striae dan linea, asukultasi dilakukan dengan mendengar peristaltik usus dengan nilai normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak.

9) Genitalia dan Anus

Pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya. Pemeriksaan anus dilakukan untuk mengetahui terdapat hemoroid atau tidak.

10) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas meliputi: CRT, varises, oedema, nyeri tekan atau panas pada betis, dan tanda homan.

f. Diagnosa medis

Kondisi medis atau penyakit yang dialami oleh pasien

g. Terapi obat

Terapi obat apa saja yang diberikan kepada pasien post seksio sesarea.

h. Data penunjang

Protein dan reduksi urine, HB, golongan darah, HIV/AIDS, HbsAg, dan sifilis. Pemeriksaan urine dan darah dapat dilihat dari buku KIA sebelumnya apakah 28 normal atau tidak. Jika tidak ada indikasi maka tidak memerlukan pemeriksaan ulang.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pengkajian terkini terhadap respon aktual dan potensial terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan yang dialami pasien (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Diagnosa keperawatan ditegakkan dengan menggunakan pola PES yang meliputi *Problem* (P) yaitu : masalah yang ditangani, Etiologi (E) sebagai faktor penyebab atau faktor yang berhubungan, dan *Sign and Symptom* (S) sebagai tanda dan gejala pada data mayor dan minor.

Diagnosis ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada pasien. Metode penulisan diagnosis ini dilakukan pada diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respon pasien secara individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

a) Analisa data

Analisis data dilakukan dengan mengelompokkan data subjektif (DS) dan data objektif (DO), lalu menghubungkannya dengan penyebab (*etiologi*) melalui konsep patofisiologi luka operasi, hingga memunculkan masalah keperawatan (*problem*) Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Analisis data dimulai dari pengelompokan data yang diperoleh dari anamnesa, pengamatan dan pemeriksaan fisik lalu hasil yang didapat dibandingkan dengan standar (kondisi normal), sehingga dapat diketahui permasalahan kesehatan yang dialami pasien dan dapat dirumuskan masalah kesehatan. Saat melakukan analisis data untuk perumusan diagnosa keperawatan diperlukan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori, sehingga mampu merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat.

b) Analisa masalah

Analisa masalah adalah proses sistematis dan berbasis standar nasional, yang menghubungkan data hasil pengkajian pasien dengan kriteria hasil berdasarkan diagnosis yang ditegakkan.

Tabel 1.
Analisis data keperawatan nyeri akut dengan terapi relaksasi Benson pada Ibu post seksio sesarea

Analisa data	Etiologi	Masalah
Data Mayor Data Subjektif: 1. Mengeluh nyeri	Tindakan seksio sesarea ↓ Luka insisi	Nyeri akut
Data Objektif: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	↓ Terjadinya kontinuitas jaringan ↓ Pelepasan zat bradikin, histamin dan prostaglandin	
Data Minor Data Subjektif: (tidak tersedia)		
Data Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	↓ Menyampaikan ke hipotalamus ↓ Korteks serebri ↓ Nyeri akut	

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018).

c) Rumusan diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan menggunakan format *problem, etiology, sign and symptom* (PES) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, sulit tidur, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis (D.0077).

3. Intervensi keperawatan

Perencanaan adalah tahap dalam proses keperawatan yang dilakukan dengan cermat dan sistematis, melibatkan pengambilan keputusan serta pemecahan masalah. Pada tahap ini, perawat menggunakan data hasil pengkajian klien dan diagnosis yang telah dibuat sebagai panduan untuk menetapkan tujuan klien dan merancang intervensi keperawatan yang diperlukan guna mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah kesehatan yang dialami klien.

Tabel 2.
Intervensi Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Nyeri Akut Post Seksio
Sesarea dengan Terapi Relaksasi Benson

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Perencanaan Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik	Intervensi Utama : Manajemen Nyeri (I.08238): Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing (terapi Benson), kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang direncanakan oleh perawat dalam rencana keperawatan untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses implementasi harus fokus pada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

Tabel 3.
Implementasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada dengan Pasien Post
Seksio Sesarea

Waktu	Implementasi	Respon
Hari, tanggal tahun, dan pukul berapa tindakan di berikan	1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi idenfitikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri(mis: TENS, hypnosis, akupresur,terapi music,biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing(terapi terapi relaksasi Benson) 7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan,pencahayaayan, kebisingan) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 9. Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 10. Mengolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Respon dari pasien ataupun keluarga setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan objektif

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan mengkaji ulang tindakan keperawatan yang telah diberikan. Terdapat tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- a. Tujuan tercapai jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b. Tujuan tercapai sebagian atau pasien masih dalam proses pencapaian tujuan jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.

Evaluasi keperawatan pada ibu *post* seksio sesarea dilakukan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diberikan dalam mengatasi nyeri akut pasca operasi. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah tindakan melalui pengukuran intensitas nyeri, observasi ekspresi wajah, kemampuan mobilisasi, kualitas istirahat tidur, serta respon pasien terhadap teknik relaksasi Benson dan terapi analgetik yang diberikan. Keberhasilan tindakan ditunjukkan dengan menurunnya skala nyeri, berkurangnya ekspresi meringis, meningkatnya kemampuan bergerak, dan meningkatnya kenyamanan pasien selama masa perawatan.

Komponen evaluasi yang digunakan adalah SOAP untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien.

1) S : *Data Subjektif*

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan.

2) O : *Data Objektif*.

Data objektif merupakan data yang berdasarkan pada hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan.

3) A : *Analisis*

Analisis merupakan interpretasi data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4) P : *Planning*

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah pasien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah pasien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.

D. Konsep Relaksasi Benson

1. Definisi

Teknik relaksasi Benson merupakan salah satu cara untuk menangani nyeri disertai dengan menggunakan metode pernafasan dalam dan mengucapkan kata-kata sesuai kepercayaan masing-masing individu. Relaksasi Benson membutuhkan faktor kepercayaan atau spiritualitas pasien, yang dapat melahirkan suatu lingkungan internal sehingga pasien dapat mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi, Kamallia Lisa (2019).

Teknik relaksasi Benson merupakan salah satu cara untuk menangani nyeri disertai dengan menggunakan metode pernafasan dalam dan mengucapkan kata-kata sesuai kepercayaan masing-masing individu. Relaksasi benson membutuhkan faktor kepercayaan atau spiritualitas pasien, yang dapat melahirkan suatu lingkungan internal sehingga pasien dapat mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi, Kamallia Lisa (2019).

Relaksasi Benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi, Muhammad Agusman (2024).

Cara kerja teknik relaksasi Benson ini adalah berfokus pada kata atau kalimat tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme teratur yang disertai sikap pasrah pada Tuhan Yang Maha Esa sambil menarik nafas dalam. Pernafasan yang panjang dapat memberikan energi yang cukup, karena pada waktu menghembuskan nafas mengeluarkan karbondioksida (CO₂) dan saat menghirup nafas panjang mendapatkan oksigen yang sangat diperlukan tubuh untuk membersihkan darah

dan mencegah kerusakan jaringan otak akibat kekurangan oksigen (hipoksia). Seseorang yang melakukan relaksasi, sebuah studi yang dilakukan pada tahun 2012 oleh peneliti di Jepang dan Harvard Medical School dalam Satya negara (2016) menunjukkan bahwa perilaku ritual spiritual seperti berdoa juga mempengaruhi hipotalamus, terutama pada daerah yang bertanggungjawab atas pengaturan system saraf otonom. Karena, system limbik mengandung hipotalamus, yang mengontrol system saraf otonom, penurunan daerah limbik dapat menjelaskan bagaimana relaksasi mengurangi stress dan cemas, Muhammad Agusman (2024).

2. Tujuan dan manfaat terapi benson

Manfaat dari relaksasi Benson diantaranya berkurangnya tingkat stress dan perasaan cemas juga dapat berkurang. Klien akan mengalami rasa nyaman serta rileks, sehingga sistem metabolisme dalam tubuh juga ikut menurun, serta kontraksi jantung, tekanan darah juga ikut menurun. Selain itu, relaksasi ini juga dapat menurunkan sensasi nyeri dengan cara melepaskan hormon yang mempengaruhinya. Sensasi nyeri post pembedahan umumnya diikuti dengan reaksi psikologis seperti rasa cemas, takut, dan juga depresi. Reaksi tersebut menimbulkan peningkatan respon simpatik yang diantaranya yaitu kadar katekolamin, noradrenalin, dan norepinefrin akan menjadi meningkat sehingga memperburuk intensitas nyeri. Maka dari itu dengan dilakukannya teknik relaksasi benson diharapkan rasa ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu post seksio sesarea dapat menurun Kamallia Lisa (2019).

3. Prosedur pelaksanaan

Langkah-langkah relaksasi Benson dalam jurnal menurut Samalinggai Patricia (2025), adalah sebagai berikut :

- a. Ciptakan lingkungan tenang dan nyaman
- b. Anjurkan klien mengambil posisi tidur terlentang atau duduk yang dirasakan paling nyaman
- c. Anjurkan klien untuk memejamkan mata dengan pelan tidak perlu untuk dipaksakan sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata
- d. Anjurkan klien untuk merelaksasikan tubuhnya untuk mengurangi ketegangan otot, mulai dari kaki sampai ke wajah
- e. Lemaskan kepala, leher, dan pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan kemudian kendurkan
- f. Anjurkan klien mulai bernafas dengan lambat dan wajar lalu tarik nafas melalui hidung, beri waktu 3 detik untuk tahan nafas kemudian hembuskan nafas melalui mulut, sambil mengucapkan Astaghfirullah, tenangkan pikiran kemudian nafas dalam hembuskan, laa ilaa ha ilallah. Nafas dalam hembuskan, allahu akbar / sesuai dengan frase keyakinan masing-masing, lakukan selama 10 – 15 menit.
- g. Kata yang di ucapkan kalimat Allah atau nama-nama-Nya dalam Asmaul Husna, kalimat-kalimat untuk berzikir seperti Alhamdulillah, Subhanallah dan Allahu Dzikir yang diucapkan adalah :
 - 1) Astaghfirullah
 - 2) Subhanallah
 - 3) Alhamdullillaah
 - 4) Allahu akbar
 - 5) Laa ilaa ha illallah
 - 6) Klien diperbolehkan membuka mata untuk melihat. Bila sudah selesai tetap berbaring dengan tenang beberapa menit, mula-mula mata terpejam dan sesudah

itu mata dibuka. Relaksasi ini dilakukan 2 jam post seksio sesarea dihitung pada saat responden berada di ruang perawatan dan belum diberikan analgetik di ruangan, intervensi dilakukan selama 10 – 15 menit di tempat tidur, karena lama waktu pemulihan pasien post operasi normalnya terjadi hanya dalam satu sampai dua jam. Peneliti terlebih dahulu menjelaskan dan mendemonstrasikan langsung cara melakukan relaksasi Benson di ruangan responden tersebut dirawat, dilanjutkan dengan intervensi yang dilakukan responden, setelah itu dilakukan pengukuran skor nyeri post setelah dilaksanakan tindakan pemberian relaksasi Benson.

Contoh kata atau frase yang menjadi focus sesuai dengan keyakinan adalah :

- 1) Islam : Allah, atau nama-nama-Nya dalam Asmaul Husna, kalimat- kalimat untuk berdzikir seperti; Alhamdulillah; Subhannallah; Allahu Akbar; Astagfirullah dan lain-lain.
- 2) Katolik : Tuhan Yesus Kristus, Kasihanilah Aku; Bapa Kami yang ada di Surga; Salam Maria, yang penuh Rahmat; dan Aku Percaya akan Roh Kudus
- 3) Protestan : Tuhan Datanglah ya, Roh Kudus; Tuhan adalah gembalaku; dan Damai sejahtera Allah, yang melampaui aku.
- 4) Hindu : Om; Kebahagiaan ada dalam di dalam hati; Engkau ada di mana- mana ; dan Engkau adalah tanpa bentuk.
- 5) Budha : Om mani Padme Hum